



Tippecanoe School Corporation
21 Elston Rd
Lafayette, IN 47909

Al Padre o tutor de _____ Maestro: _____ Grado: _____

Usted ha indicado en los registros de la escuela que este estudiante tiene **Diabetes**. Es importante tener al menos una vez al año información acerca de su salud para cuando él/ella necesiten ayuda en la escuela. **Por favor complete esta forma y regrésela a la enfermera de la escuela mañana** para que tengamos un plan para ayudar a su hijo(a) y lo podamos compartir con el personal que corresponda en la escuela. Es responsabilidad de los padres de proveer la comida especial y medicinas necesarias en la escuela. Si tiene alguna pregunta puede llamar a la enfermera de la escuela del estudiante.

Tipo de Diabetes: Tipo 1 _____ Tipo 2 _____ Tope rango de azúcar en la sangre de: _____ a _____

¿Toma insulina? No _____ Inyección _____ bomba _____ marca: _____

¿Cuándo debe ser checado el azúcar en la sangre? _____

¿Es su hijo independiente en el manejo de su azúcar? No__ Si (Necesitamos declaración del Doctor que lo establezca así) ____

¿NECESITA MEDICAMENTOS? No _____ Si _____ (liste abajo)

MEDICAMENTO	DOSIS	TIEMPO
1. _____		
2. _____		
3. _____		
4. _____		

Encierre el número de medicamentos que necesitan ser administrados en la escuela.*

POR FAVOR AVISE INMEDIATAMENTE A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA EN CASO DE CUALQUIER CAMBIO EN MEDICAMENTOS O DOSIS

¿Existen instrucciones especiales o necesidades de su hijo mientras se encuentre en la escuela? _____

POR FAVOR PROPORCIONE INMEDIATAMENTE UNA COPIA DE LAS ORDENES DEL DOCTOR PARA CUALQUIER MANEJO DEL DIABETES QUE SE TENGA QUE HACER EN LA ESCUELA

Si usted quiere que le demos ayuda adicional o tiene alguna otra preocupación descríbala aquí: **

YO POR ESTE MEDIO AUTORIZO A LA _____ ENFERMERA DE LA ESCUELA PARA QUE INTERCAMBIE INFORMACION CON LA OFICNA DEL DOCTOR _____ CON EL PROPOSITO DE MANEJAR LA DIABETES DE MI HIJO.

YO DOY / NO DOY permiso para que un voluntario ayudante de la salud asista en el manejo y cuidado diario de la diabetes de mi hijo.

Firma del Padre: _____ Fecha: _____

RECUERDE AVISAR A LA ESCUELA INMEDIATAMENTE EN CASO DE CAMBIOS EN NUMERO DE TELEFONO, DIRECCION, CONTACTOS DE EMERGENCIA, DOCTORES U HOSPITALES DE SU PREFERENCIA.

*TSC tiene una política en relación a los medicamentos llevados a la escuela. Por favor cheque con la escuela de su hijo para instrucciones.

**Restricciones para exámenes u otras actividades requieren nota escrita por el Doctor del estudiante.